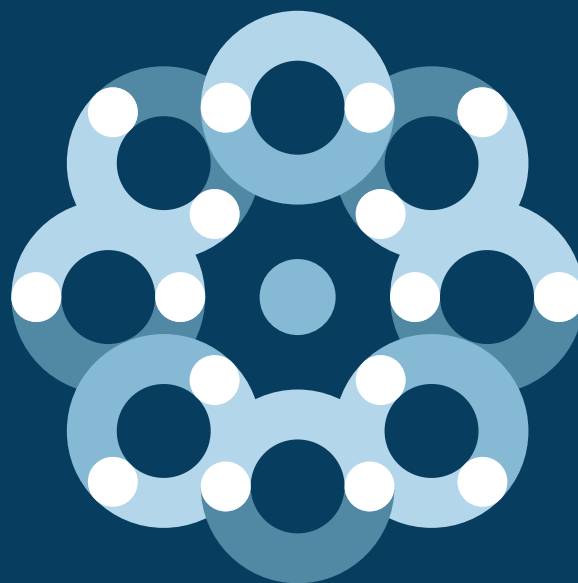


DIABETE IN PRONTO SOCCORSO... E DOPO?



Prevenzione
Continuità
terapeutica

Acuzie
Controllo glicemico
Innovazione

Monitoraggio
Glicemia
Cronicità

Telemedicina
Pronto soccorso
Diabete

DIABETE IN PRONTO SOCCORSO... E DOPO?

A CURA DI:

Riccardo Candido¹, Lucio Corsaro², Stefano Del Missier³, Lina Delle Monache⁴,
Mariangela Ghiani⁵, Andrea Lenzi⁶, Gerardo Medea⁷, Francesco Rocco Pugliese⁸,
Daniela Sbröllini⁹, Federico Serra¹⁰, Paolo Ursillo¹¹, Gianluca Vaccaro¹²

01

Presidente Nazionale AMD, Professore Associato di Endocrinologia Università degli Studi di Trieste

02

Advisor – BHAVE

03

Direttore Editoriale IHPB

04

Presidente Federdiabete Lazio

05

Dirigente Medico Endocrinologo ASL Cagliari, U.O. Diabetologia distretto Quartu-Parteolla

06

Presidente del Collegio dei Professori di Endocrinologia; Presidente del comitato Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio; Professore Ordinario di Endocrinologia, Policlinico Umberto I, Roma

07

Società italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, SIMG

08

Direttore del Dipartimento di Emergenza, Urgenza Roma 2, Direttore UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza presso l'ospedale Sandro Pertini, Roma

09

Presidente Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete, malattie croniche non trasmissibili, Vice Presidente 10^a Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

10

Capo Segreteria tecnica dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete, malattie croniche non trasmissibili

11

Dirigente Uos Reti Cliniche e Monitoraggio DM70, Agenas

12

Methodological Advisor – BHAVE



PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY **ANNO XIV – N°1 2024**

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.
Via Giosuè Carducci 125B
20126 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02-49538300
Indirizzo e-mail: info@altis-ops.it

Direttore Responsabile

Marcello Portesi

Direttore Editoriale

Walter Gatti

Pubblicazione realizzata con il contributo non condizionante di Abbott.

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'editore.

Nota dell'editore: nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto fornito dalle case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha soltanto lo scopo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Stampato nel mese di Gennaio 2024

INDICE

01

INTRODUZIONE

8

02

LA PROSPETTIVA DELLE ISTITUZIONI

9

03

L'INDAGINE CONOSCITIVA

10

04

LA CENTRALITÀ DEL PRONTO SOCCORSO: UN CRONICH CARE MODEL NEL DIABETE

13

05

PRIME CONCLUSIONI

16

06

FORUM DEGLI ESPERTI: PIÙ VOCI, PIÙ SOLUZIONI

Priorità e carenze organizzative

Acquisizione dati e problematiche in pronto soccorso

Approccio al paziente

17

01

INTRODUZIONE

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale IHPB

La presente pubblicazione nasce grazie alla presa d'atto di un fenomeno conosciuto, ma che non è mai stato affrontato in termini di policy sanitaria, ovvero di un approccio e di un'analisi che fossero orientati a rappresentare il problema in termini di sistema sanitario e, in quanto tale, in termini d'indirizzi per modificare lo status quo garantendo maggior efficacia ed efficienza al sistema stesso senza generare impatti negativi sulle cure ai pazienti.

Il diabete è una patologia cronica con un tasso di crescita esponenziale e con esiti di comorbilità senza paragoni. Fare in modo che i pazienti, già alle prese con una vita complicata e complessa, possano ridurre al minimo gli eventi acuti della malattia rappresenta un obiettivo di policy sanitaria non più procrastinabile.

Eppure, i numeri dicono che ancora troppo spesso il paziente diabetico incorre in stati acuti della malattia che comportano un ricovero d'urgenza: un fatto che abbiamo voluto indagare e per il quale riteniamo sia indispensabile attivare le migliori risorse del paese per porvi un rimedio.

Il paziente diabetico ospedalizzato in Pronto Soccorso, infatti, è un paziente complesso e con esigenze assistenziali specifiche a tal punto da richiedere una gestione appropriata dell'iperglicemia e dell'ipoglicemia nel paziente critico e acuto, attraverso la condivisione di protocolli per l'emergenza urgenza, un'attenta e competente "continuità di cura", e una "dimissione protetta" dall'ospedale al territorio attraverso un chronic care model definito che faccia transitare la persona con diabete da una medicina di attesa a quella di iniziativa.

Per garantire la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi terapeutici, la continuità del percorso assistenziale e ridurre tempi e costi delle degen-

ze, in pronto soccorso è indispensabile che sia la Struttura Diabetologica sia il Medico di Cure Primarie siano coinvolti fin dall'inizio attraverso percorsi assistenziali condivisi con tutti gli attori coinvolti: l'obiettivo è l'immediata presa in carico ed il follow up in dimissione dal PS, nonché l'adozione di moderni strumenti di automisurazione della glicemia in continuo valutandone l'ampliamento anche a fasce di popolazione più ampie che potrebbero beneficiarne, come ad esempio i pazienti diabetici di tipo 2 in trattamento con insulina basale. Questo permetterebbe di prevenire l'arrivo in pronto soccorso, grazie alla riduzione del rischio di eventi acuti e complicanze croniche, in una popolazione ad alto rischio..

Per poter diventare un materiale che potesse essere messo a disposizione di decisori e stakeholder del nostro sistema sanitario, abbiamo dato vita ad un progetto di advocacy con l'obiettivo consolidato di promuovere opinioni e confronti per una sanità sostenibile e che è stato realizzato con il coinvolgimento dei vertici delle società scientifiche di riferimento, professionisti del settore e rappresentanti delle associazioni dei pazienti diabetici.

Il progetto - articolato su più fasi che hanno visto la definizione di un Documento di Consenso da parte di uno Steering Committee di esperti, e la sua presentazione in una Conferenza Stampa presso il Senato della Repubblica, e con l'organizzazione di un Dialogue Meeting svolto presso il Ministero della Salute - ha prodotto analisi, criticità e spunti di lavoro che vengono sintetizzati in questa pubblicazione e messi a disposizione perché questa problematica venga non solo inserita tra le priorità dell'agenda politica, ma smuova anche processi di cambiamento nell'intera comunità professionale in lotta contro il diabete.

02

LA PROSPETTIVA DELLE ISTITUZIONI

Sen. Daniela Sbroolini

Presidente Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete, malattie croniche non trasmissibili, Vice Presidente 10^a Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

Per iniziare a valutare e riformulare le linee d'indirizzo per una politica sanitaria efficace si deve partire dalla considerazione ormai evidente a tutti che riguarda la mancanza di uniformità dei LEA a livello interregionale: dopo la pandemia la situazione si è aggravata, con l'allungamento delle liste d'attesa e l'abbandono delle attività di prevenzione da parte del 43% delle famiglie italiane. Questo scenario è aggravato da molteplici ripercussioni soprattutto nel contesto delle cronicità, all'interno del quale il diabete è un elemento paradigmatico se consideriamo la notevole diffusione di questa patologia e i suoi complessi risvolti sociosanitari. Serve una riforma sanitaria organica, che preveda un approccio multidisciplinare mirato a contrastare il suo continuo aumento d'incidenza e ricoveri in ospedale, caratterizzati da una durata generalmente più lunga rispetto alla media di una degenza per altri casi, con i relativi aggravii dei costi. Se poi si rapporta la stima fatta dall'Istituto Superiore di Sanità - per cui, ogni anno,

almeno un diabetico su sei viene ricoverato in pronto Soccorso per la gestione di complicanze acute - all'intera popolazione di pazienti diabetici, pari a circa 5 milioni di individui, si può facilmente delineare uno scenario il cui l'impatto non rimane circoscritto alla sola fase acuta: spesso, infatti, superata l'emergenza, i pazienti vengono dimessi e lasciati a sé stessi, senza uno specifico percorso assistenziale in grado di assicurare l'indispensabile aderenza e persistenza terapeutica di cui invece avrebbero assoluta necessità. Le carenze di programmazione in sede ospedaliera devono poi trovare una sintesi nell'affrontare le carenze in sede territoriale, dove la prima e grave criticità da considerare è la carenza dei medici di famiglia, che spesso sono determinanti nel porre per primi la diagnosi e cominciare a gestire la malattia prima che si arrivi ad una fase acuta. Ospedale e territorio, inoltre, vivono livelli preoccupanti di abbandono del Servizio Sanitario da parte di medici e infermieri: in pronto soccorso, poi, il con-

testo professionale è ancora più drammatico: in relazione a turni massacranti, all'elevato carico di responsabilità e a frequenti episodi di aggressione, di cui il personale sanitario è spesso vittima. La digitalizzazione prevista dal PNRR potrebbe dare un notevole contributo alla prevenzione, con maggiori investimenti sulla medicina territoriale, e l'obiettivo di erogare cure vicine e personalizzate ai cittadini. Ancora una volta, però, è quanto mai necessaria una riorganizzazione ispirata da una visione nel lungo periodo, che tragga spunto dall'identificazione delle priorità, delle risorse umane e da quelle economiche. Presupposti ineludibili sono la programmazione, la sburocratizzazione del lavoro di medici e infermieri e l'investimento culturale sul sistema sanitario, nell'ottica di una revisione della concezione di benessere del paziente declinata a livello ambientale, sociale, culturale ed economico e di un attivo coinvolgimento delle associazioni di pazienti.

03

L'INDAGINE CONOSCITIVA

Lucio Corsaro

Advisor – BHAVE

Gianluca Vaccaro

Methodological Advisor – BHAVE

Bhave ha svolto una survey basata su interviste CAWI (computed assisted web interviewing) a medici di pronto soccorso di tutto il territorio nazionale. In una prima fase pilota, si è vista la raccolta dei questionari sottoposti al pronto soccorso di tre centri ospedalieri - Forlì (Morgagni-Pierantoni), Roma (Pertini) e Bari (Giovanni XXIII) - in un arco temporale di 12 mesi, tra novembre 2021 e ottobre 2022, la quale ha permesso una prima elaborazione dei risultati, che si possono sintetizzare nei punti seguenti:

- Il numero di accessi per le strutture di Bari, Forlì e Roma è stato rispettivamente di 60mila, 50mila e 26 mila; per diabete di tipo 1 (DM1) gli accessi sono stati rispettivamente 200, 105 e 45 (dei quali la quota dei primi accessi per problemi legati al diabete è stata rispettivamente del 5%, 5% e 22%), mentre per il DM2 sono stati 2.000, 495 e 270 (i primi accessi rispettivamente il 10%, 20% e 2% di quelli per problematiche correlate al diabete) (*vedi infografica 1*);
- le motivazioni di accesso sono state differenti in relazione al centro e al tipo di diabete: per il DM1 la prevalenza è stata per crisi ipoglicemiche a Forlì (35%) e Bari (60%) e per crisi iperglicemiche (56%) a Roma; l'impatto del piede diabetico è risultato compreso tra l'1% (Forlì) e il 15% (Roma) per il DM1, e tra il 5% (Bari) e il 19% (Roma) per il DM2; la fascia d'età maggiormente rappresentata dai pazienti con DM1 è stata over50 a Bari e Roma (45%) e under18 a Forlì (40%), mentre per il DM2 in tutti e tre i centri è stata quella over65;
- relativamente alla gestione dei pazienti, a Forlì il 40% di essi viene inviato al centro antidiabetico, mentre a Roma il 47% viene trattenuto in osservazione (12-36 ore) e il 53% ricoverato, mentre a Bari il 75% viene

sottoposto ad osservazione prolungata e il 15% ricoverato;

- in base alla terapia domiciliare, è emersa un'omogeneità per l'impiego di ipoglicemizzanti orali a Roma (35%) e Bari (30%), risultato invece doppio a Forlì (60%);
- circa le scelte terapeutiche, i centri di Bari e Roma concordano sul fatto che il prontuario farmaceutico pone dei limiti al medico;
- i centri di Forlì e Bari inviano la maggior parte dei pazienti al centro diabetologico, mentre a Roma sembra mancare questo collegamento. Prima della dimissione l'ospedale di Forlì esegue tutte le attività (addestramento all'automonitoraggio glicemico e all'autogestione della terapia insulinica, appuntamento con il centro diabetologico), mentre i centri di Bari e Roma sono "complementari", nel senso che le attività dell'uno non rientrano in quelle dell'altro;
- le fasi più difficili da gestire sono: la velocità di accesso alle cure, i tempi di attesa per la visita in pronto soccorso e la scarsa disponibilità al ricovero quando necessario.

Dopo la prima fase pilota, l'indagine ha quindi sviluppato il suo percorso progettuale: si è trattato di effettuare un'analisi degli accessi al Pronto Soccorso relativi al diabete su scala nazionale, con l'obiettivo di valutare dal punto di vista organizzativo e dei percorsi di presa in carico il corretto setting di gestione fra quotidianità ed emergenza. Gli obiettivi del progetto, complessivamente, possono così essere sintetizzati:

- ricostruire e quantificare i flussi nei diversi steps che caratterizzano la gestione del paziente con diabete presso il dipartimento di emergenza.
- valutare ed identificare le fasi di maggiore criticità: l'accesso in ospedale, la presa in carico, la gestione del

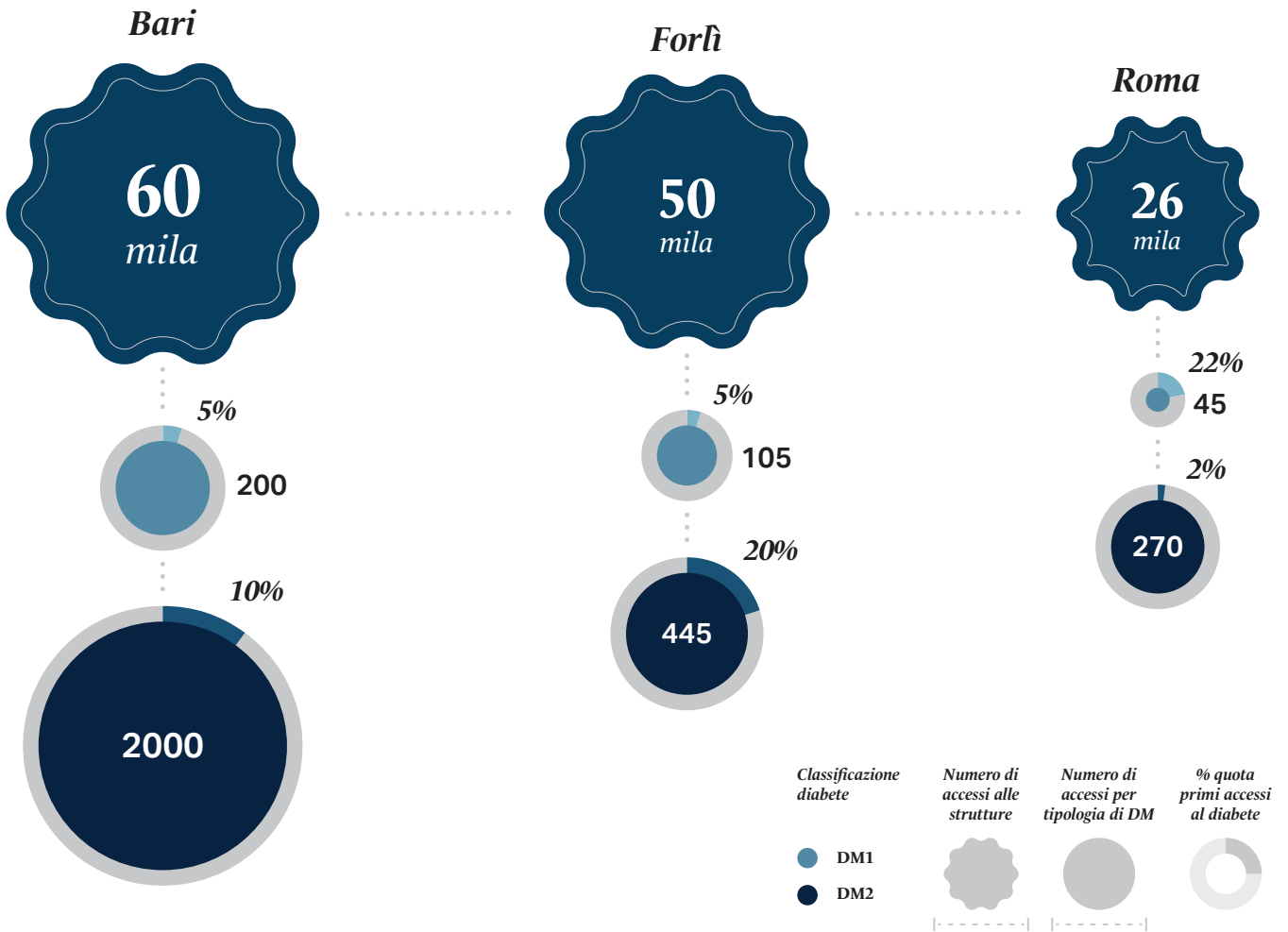
paziente nel DEA, l'invio al reparto ospedaliero o la dimissione dall'ospedale.

- classificare i diversi modelli di comportamento all'interno dei DEA nella gestione del paziente diabetico.
- verificare l'esistenza di protocolli/ linee guida interne di disease management per il diabete dalla fase di triage alla presa in carico da parte della struttura ospedaliera;
- identificare i principali motivi di accesso al PS per il paziente diabetico distinguendo per tipo di diabete, per sistemi di automonitoraggio usati dal paziente e per tipo di terapia domiciliare;
- raccogliere l'opinione degli specialisti sul livello di autonomia del paziente diabetico al momento delle dimissioni;
- valutare ed identificare l'opinione degli specialisti sulle principali cause che incidono sulla difficoltà di gestione del paziente diabetico nei DEA e nell'invio ad altri reparti.

Sono stati estrapolati i dati relativi a 109 strutture di emergenza, sul territorio nazionale, così suddivise:

- 16 strutture di Pronto Soccorso (PS);
- 52 Dipartimenti Emergenza Urgenza (DEA) di primo livello (I);
- 41 DEA di secondo livello (II).

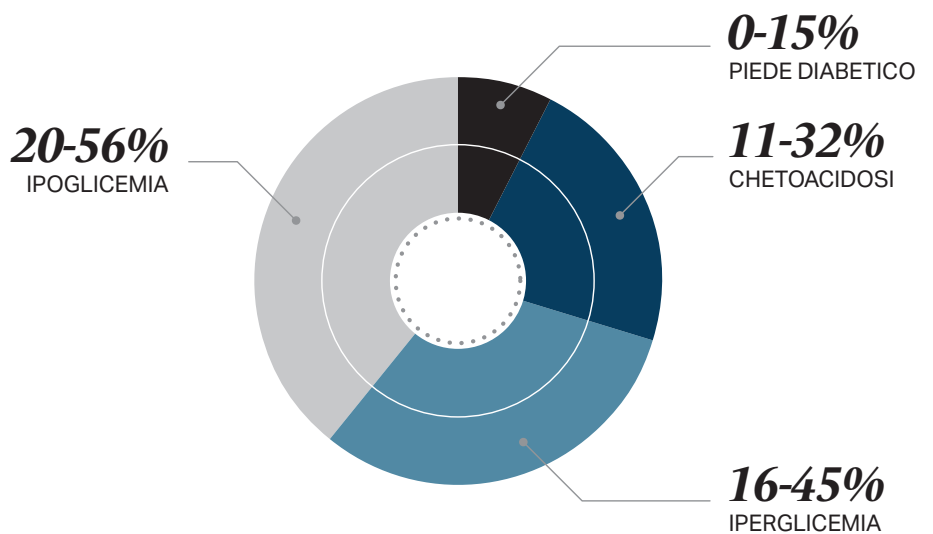
È stato analizzato un totale di 131.613 accessi di PS/DEA (25.853 a PS, 40.760 a DEA I, 65.000 a DEA II). Nel campione sono rappresentate tutte le fasce di età, con maggiore prevalenza della fascia centrale 19-49 anni per il diabete tipo 1 (63-74%) e della fascia 50-64 anni (35-44%) per il diabete tipo 2 nei DEA; nei PS la fascia di età >65 anni è sempre quella più rappresentata (rispettivamente 42-53%). Le principali motivazioni di accesso in PS per diabete sono:



infografica 1: Numero di accessi in pronto soccorso per le strutture nella fase pilota

- ipoglicemia (20-56%);
 - iperglicemia (16-45%);
 - chetoacidosi (11-32%);
 - piede diabetico (0-15%).
- (vedi infografica 2)

Gli accessi in PS per piede diabetico variano fra 7 e 15% per i DEA, ma non vengono riportati dalle strutture di PS. Il dato potrebbe risentire dell'assenza di molte specialità nei PS rispetto ai DEA e conferma che la popolazione si rivolge direttamente a quelle strutture dove sa che il proprio bisogno di salute possa essere soddisfatto. Le percentuali riportate dai DEA sono comunque alte: il piede diabetico è una complicanza della malattia a lento decorso, progressivamente evolutiva, che deve essere gestita in maniera multidisciplinare in ambito di medicina di base - territoriale. L'accesso ad un setting di emergenza per tale patologia è un indicatore indiretto di mancato utilizzo/inefficienza di PDTA e di



infografica 2: Principali motivazioni di accesso in pronto soccorso per diabete

scarsa diffusione di medicina di iniziativa. Per acuzie diverse dal diabete in pazienti affetti da diabete, dall'indagine Bhave si evince che le specifiche motivazioni di accesso si suddividono come segue:

- eventi cardiovascolari (14-35%)
- insufficienza renale (6-18%)
- infezioni (5-15%)
- trauma (22-27%)
- insufficienza respiratoria (4 -24%)
- sepsi (8-12%)

I quadri clinici riportati sono quelli comunque maggiormente rappresentati fra le cause di accesso ai servizi di emergenza nella popolazione generale.

L'analisi della terapia antidiabetica domiciliare in atto prima dell'arrivo al PS, ha evidenziato l'utilizzo di:

- *ipoglicemizzanti orali tradizionali* (15-25%);
- *ipoglicemizzanti orali tradizionali + insulina* (13-38%);
- *nuovi ipoglicemizzanti orali* (2-6%);
- *nuovi ipoglicemizzanti orali + insulina* (5-23%);
- *GLP-1* (2-13%);
- *GLP-1 + insulina* (2-12%);
- *SGLT-2* (1-12%);
- *SGLT-2 + insulina* (3-9%);
- *insulina* (5-13%).

Insulina ed ipoglicemizzanti orali tradizionali sono le tipologie di farmaci maggiormente utilizzati dal paziente prima dell'arrivo in PS. Le percentuali di utilizzo dei nuovi ipoglicemizzanti orali, dei GLP-1 e degli SGLT-2 sono bassissime. Questo può essere un indicatore indiretto della "ripetività" prescrittiva dei medici di medicina generale, oppure dello scarso aggiornamento degli stessi in materia, o ancora della reticenza del paziente a cambiare tipologia di farmaco assunto in cronico o mancato engagement del paziente.

Nelle strutture di emergenza le scelte terapeutiche per il paziente diabetico sono risultate:

- totalmente autonome 57-85%;
- decise in team 57-71%;
- limitate dal prontuario farmaceutico 28-57%;
- limitate dalle linee guida terapeutiche interne 28 -57%.

Il prontuario terapeutico e le linee guida interne sono avvertiti come limiti in un'alta percentuale di casi. In realtà, il prontuario terapeutico ospedaliero ha il duplice scopo di promuovere l'uso appropriato

dei farmaci e di assicurare al contempo il controllo dei loro costi. Risulta quindi necessario implementare la formazione dei medici ospedalieri in farmacoconomia.

Sul lato dei dispositivi medici, la survey ha evidenziato che un dispositivo di monitoraggio continuo della glicemia è utilizzato dal 50% circa dei pazienti: il dato è indice della necessità di formazione che permetta di utilizzare in modo più appropriato queste tecnologie, valutandone l'ampio anche a fasce di popolazione più ampie che potrebbero beneficiarne, come ad esempio i pazienti diabetici di tipo 2 in trattamento con insulina.

Questo permetterebbe di prevenire l'arrivo in pronto soccorso, grazie alla riduzione del rischio di eventi acuti e complicanze croniche, in una popolazione ad alto rischio.

In merito alla gestione nelle strutture di emergenza, si evidenzia come le Linee guida e i protocolli di disease management per il paziente diabetico sono riportate solo nei DEA I, e risultino non esistere sia in PS che nei DEA II.

Nei DEA I il 64% dei pazienti è gestito in osservazione breve, indice che la presenza di percorsi strutturati codificati consente di velocizzare la gestione e ridurre i tempi di permanenza, riducendo quindi anche il fenomeno del sovraffollamento. Le percentuali di ricovero sono simili per PS, DEA I e DEA II e si attestano nella fascia 19-21%.

Per quanto riguarda la fase di dimissione, i pazienti che accedono per ipoglicemia e per iperglicemia vengono inviati al centro antidiabetico, mentre solo per la chetoadicosi è previsto anche il ricovero. Prima della dimissione ai pazienti viene fornito (sia da PS che DEA I e DEA II) un addestramento all'automonitoraggio glicemico, l'addestramento all'autogestione della terapia insulinica, una presa in carico da parte del team diabetologico, ma la fornitura di materiali per la cura e un appuntamento fissato con il Servizio Diabetologico di riferimento sono attività svolte solo da DEA I e DEA II.

Tutte le tipologie di strutture di emergenza urgenza riportano come il paziente ha acquisito maggiore autosufficienza, ma necessiti comunque di un consolidamento e di continuità assistenziale: solo i PS riportano che il paziente ha tutti gli strumenti a disposizione per evitare una successiva crisi e questo, probabilmente,

si spiega col fatto che l'assenza di specialisti rende i professionisti sanitari del PS più autonomi nell'educazione e nella responsabilizzazione del paziente. Le fasi di velocità di accesso alle cure, i tempi di attesa in PS, l'invio al reparto ospedaliero, la gestione delle complicanze di un organo e la disponibilità del ricovero necessario, sono state indicate da tutte le strutture (PS, DEA I e DEA II) come le fasi di maggiore difficoltà; mentre di difficoltà intermedia è stata indicata da DEA I e DEA II l'organizzazione della dimissione così come di minore difficoltà è stata indicata la gestione del paziente nelle prime fasi di arrivo al triage per i DEA I. È questo un indicatore sia dell'attuale carenza assoluta di posti letto per acuti, sia della necessità di implementare la funzione di bed management e di disegnare percorsi intra ospedale ed ospedale-territorio più snelli e funzionali.

I fattori che incidono maggiormente sui problemi di gestione del paziente in PS sono risultati essere:

- il sovraffollamento,
- l'inadeguatezza del numero dei medici,
- la scarsità di posti letto per il ricovero

Sono invece avvertiti come problema minore:

- l'assenza di PDTA aggiornati,
- la mancata implementazione di azioni volte alla continuità di cura,
- l'approccio operativo basato sulla medicina di attesa,
- l'insufficiente interazione della medicina del territorio con la rete specialistica,
- l'assenza di protocolli condivisi per l'emergenza urgenza,
- la scarsa aderenza ai protocolli per l'emergenza urgenza.

La survey rivela un significativo accesso di pazienti diabetici in PS, aprendo a considerazioni di processo che meritano una valutazione approfondita e la ricerca di nuovi modelli gestionali.

04

LA CENTRALITÀ DEL PRONTO SOCCORSO: UN CHRONIC CARE MODEL NEL DIABETE

Francesco Rocco Pugliese

Direttore del Dipartimento di Emergenza, Urgenza Roma 2, Direttore UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza presso l'ospedale Sandro Pertini, Roma

Il Diabete Mellito, in quanto patologia cronica in continua crescita, incide pesantemente sui costi diretti della sanità pubblica, principalmente a causa delle complicanze cliniche e delle ospedalizzazioni, e sui costi indiretti legati al riconoscimento dell'invalidità civile e dei relativi benefici di legge concessi per il paziente o gli aventi diritto. Nell'area europea dell'OMS quasi 62 milioni di persone convivono con il diabete, la prevalenza arriva in alcuni Stati a tassi del 10- 14%. Tale crescita, in parte dovuta all'invecchiamento generale della popolazione, è principalmente secondaria alla diffusione di condizioni a rischio, come sovrappeso, obesità, non adeguata alimentazione, sedentarietà e disuguaglianze socio-economiche. In Italia i dati di prevalenza del diabete derivano dal monitoraggio annuale dello stato di salute della popolazione condotto dall'ISTAT e dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che raccoglie informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta. Secondo il sistema Passi 2017-2020, il 4,7% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza del diabete cresce con l'età (è inferiore al 3% nelle persone con meno di 50 anni e supera il 9% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (5,3% vs 4,1%), e nelle fasce di popolazione più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche.

(vedi infografica 3)

L'Italia è stata la prima nazione al mondo ad approvare una legge specifica e innovativa sulla prevenzione e sulla cura del diabete. La legge n. 115 del 16 marzo 1987 che ha regolamentato e riorganizzato il settore della diabetologia in Italia, prevedendo l'istituzione dei Servizi spe-

cialistici diabetologici, sia per gli adulti sia per i bambini, capillarmente diffusi sul territorio nazionale e definendo le modalità organizzative delle attività finalizzate alla prevenzione della malattia ed al miglioramento della qualità dell'assistenza.

La legge 115/87 definisce il diabete una patologia "di alto interesse sociale" e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali da realizzare¹:

- prevenzione e diagnosi precoce;
- miglioramento della cura attraverso una rete di assistenza specializzata;
- prevenzione delle complicanze;
- inserimento dei diabetici nella scuola, nel lavoro e nello sport;
- miglioramento dell'educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione;
- aggiornamento del personale sanitario;
- individuazione della popolazione a rischio;
- distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici;
- istituzione della tessera personale del diabetico.

Tuttavia, a distanza di oltre 35 anni, gli obiettivi sono stati raggiunti solo parzialmente.

La realtà quotidiana è in parte diversa da quanto disegnato nel "PDTA diabete", poiché i pazienti diabetici continuano ancora ad accedere ai servizi di emergenza per mancato controllo glicemico, ed i servizi di emergenza, talvolta, sono i primi a porre diagnosi di diabete anche nella popolazione adulta. A causa del forte impatto economico e sociale che i pazienti cronici comportano per il sistema salute, sono stati proposti diversi modelli che hanno cercato di arginare il problema.

Tra i modelli proposti vi è il Chronic Care Model (CCM) che, nella sua versione

Expanded, prevede un approccio che garantisce una relazione proattiva operatore-paziente in grado di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa, e quindi di cura della malattia, ad un concetto di sanità di iniziativa, e quindi di prevenzione e di formazione del paziente e dei caregivers.

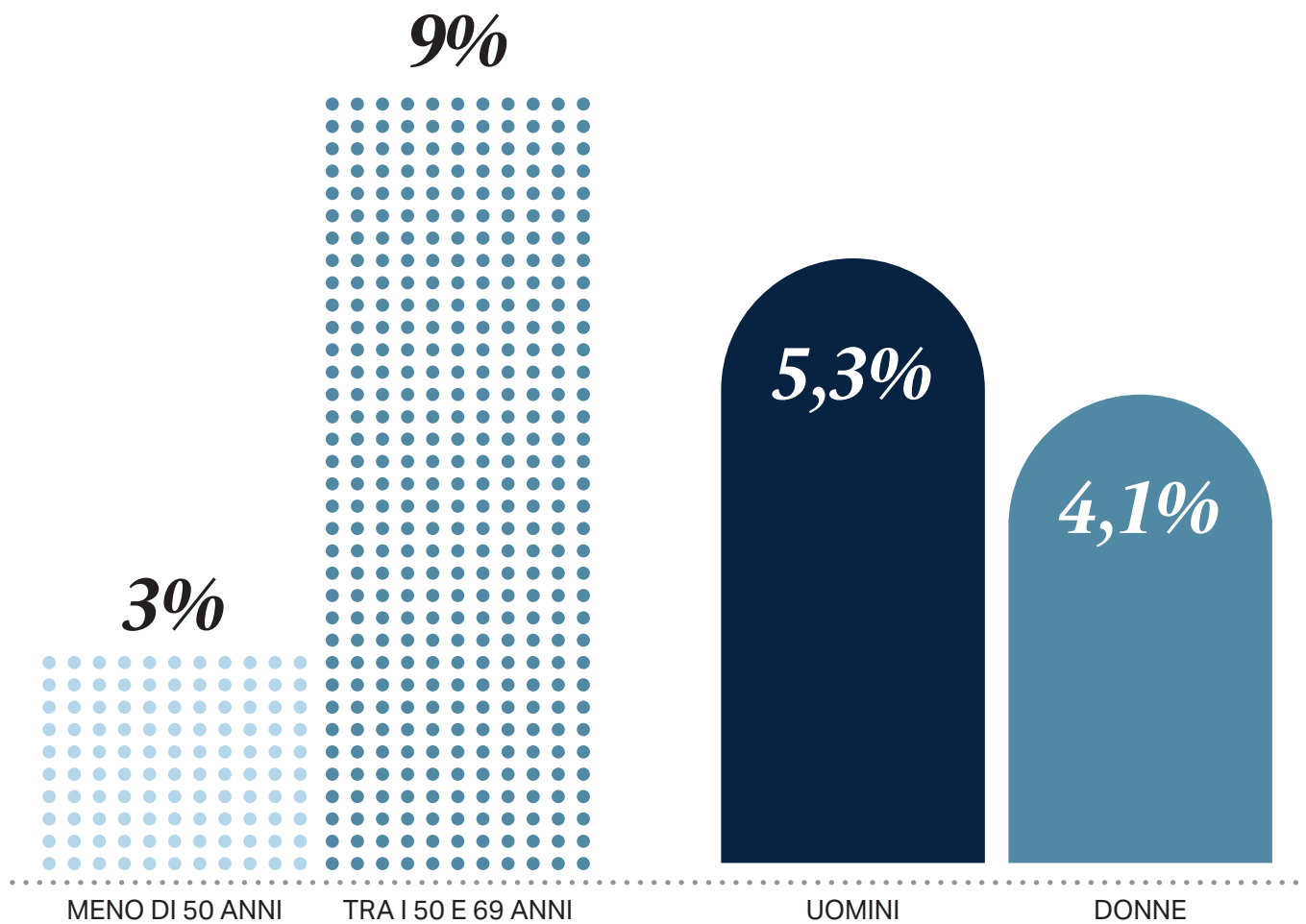
Tutto ciò si traduce in un enorme beneficio economico-sociale che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti.

L'analisi di B-Have sugli accessi al Pronto Soccorso di cui si è detto, dice molto delle criticità che devono essere affrontate e sulle quali lavorare per migliorare l'organizzazione delle strutture di offerta e per definire percorsi di presa in carico per il corretto setting di gestione fra quotidianità ed emergenza. Diversi sono gli spunti di lavoro che una lettura approfondita della survey suggerisce.

La struttura di emergenza si conferma come lo snodo strategico nella gestione della patologia e come polo di osservazione privilegiato della rete.

Quale polo di osservazione privilegiato della rete diabete, il PS fornisce:

- il numero dei pazienti che accedono per e con problemi di diabete, quale indicatore indiretto di funzionalità della rete territoriale (distretti, MMG) diabetologica con corrispondenza fra bassi valori e buona funzionalità della rete e per il quale è auspicabile l'istituzione di un registro permanente automatizzato in PS per le patologie croniche;
- le tipologie di farmaci domiciliari utilizzati, quale indicatore indiretto della "ripetitività" prescrittiva dei medici di medicina generale, dello scarso aggiornamento degli stessi in materia,



infografica 3: Prevalenza del diabete nella popolazione

della reticenza del paziente a cambiare tipologia di farmaco assunto in cronico, del mancato engagement del paziente e dei caregiver (insulina ed ipoglicemizzanti orali tradizionali quali farmaci maggiormente prescritti, con percentuali di utilizzo dei nuovi ipoglicemizzanti orali, dei GLP-1 e degli SGLT-2 bassissime);

- gli accessi per piede diabetico, quale indicatore indiretto di mancato utilizzo/inefficienza di PDTA e di scarsa diffusione di medicina di iniziativa;
- la percentuale di utilizzo di dispositivi per il monitoraggio continuo della glicemia, quale indicatore della necessità di formazione/aggiornamento della medicina di base nel ruolo di primo valutatore della capacità del paziente di comprendere ed utilizzare tali forme di monitoraggio e di primo referente per la specialistica.

Il PS, in sintesi, rappresenta uno snodo strategico della rete nella gestione della patologia diabetica in quanto:

- pone la prima diagnosi di diabete anche nella popolazione adulta, consentendo il rapido inserimento nel corretto percorso assistenziale;
- gestisce il ricovero (20%) dei pazienti con problemi legati al diabete e/o alle sue complicanze, valore indiretto di mal controllo farmacologico territoriale. Questo dato incide pesantemente sulla denuncia ormai giornaliera di boarding del PS, poiché alla percentuale di ricovero bisogna aggiungere le osservazioni (> 50%), in particolare a quelle prolungate (oltre 6-8h). Laddove all'ospedale viene chiesto di essere sempre più un "ospedale per acuti", lo stesso si trova a dover gestire complicanze di patologie croniche legate esclusiva-

mente alla non adeguata gestione/aderenza/persistenza farmacologica e insufficiente applicazione del PDTA diabetico;

- identifica le necessità di invio alle strutture di diabetologia e ne classifica la priorità, consentendo la dimissione in sicurezza e la riduzione dei tempi di permanenza in ospedale;
- istruisce il paziente di neodiagnosi sulla gestione della terapia per il diabete, prevedendo anche il riconoscimento precoce di segni/sintomi di scompenso glicemico;
- contribuisce con le relative Istituzioni (Ministero Salute, ISS, Regioni, Aziende Sanitarie) alla realizzazione e verifica di linee guida/protocolli/percorsi di gestione della patologia diabetica (il corretto approccio iniziale al paziente diabetico consente di ridurre i tempi di permanenza in ospedale);

- condivide con la Farmacia il percorso diretto per l'erogazione della classe farmacologica più appropriata in base alle specifiche del caso individuale e dei diversi presidi oggi ritenuti parte integrante della gestione della malattia (siringhe, aghi per penne, reattivi, dispositivi per l'infusione programmata di insulina e altri dispositivi a tecnologia innovativa, forniti in quantità adeguata al tipo di diabete e alla situazione clinica, considerato che l'efficacia dell'insieme di questi interventi nel migliorare gli esiti della malattia è sostenuta da numerose evidenze scientifiche);
- contribuisce allo sviluppo della medicina di precisione attraverso la condivisione con il paziente, il Centro Diabetologico, e la Farmacia;
- coadiuva la funzione di bed management nel disegnare percorsi - intra ospedale e tra ospedale e territorio - più snelli e funzionali, al fine di sopperire all'attuale scarsa disponibilità di posti letto ospedalieri;
- contribuisce allo sviluppo/utilizzo della telemedicina segnalando i pazienti potenzialmente utilizzatori di tale tecnologia ai servizi deputati.

La gestione del paziente diabetico non può prescindere dal ruolo centrale che deve svolgere la Medicina di Emergenza-Urgenza: il Pronto Soccorso costituisce la porta d'ingresso del paziente, talora come primo momento di assistenza, ma molto più spesso come gestione di complicanze acute o croniche, non possibile dalla medicina territoriale. Tale modalità assistenziale depone per una non adeguata gestione del paziente da parte del sistema sanitario nelle sue varie componenti, inoltre contribuisce al Boarding (attesa di ricovero in PS), con ripercussioni sui tempi di gestione in pronto soccorso. All'ospedale viene chiesto di essere sempre più un "ospedale per acuti" mentre, invece, lo stesso si trova a dover gestire complicanze di patologie croniche correlate esclusivamente ad una non adeguata gestione in cronico ed assenza della medicina di iniziativa. Pertanto è indispensabile pianificare un PDTA specifico ed efficiente.

Le fondamenta di tale PDTA sono rappresentate da un'adeguata formazione

del personale ospedaliero e territoriale, dall'informazione del paziente/caregiver, e dalla reale presa in carico del paziente in tutte le sue fasi di assistenza dal sistema sanitario. La formazione degli operatori sanitari deve riguardare vari aspetti (utilizzo dei programmi informatici, e dei nuovi ipoglicemizzanti orali, engagement del paziente/caregiver e partecipazione dei medici d'urgenza alla costruzione di percorsi di governance).

L'informazione del paziente/caregiver deve avvenire contestualmente all'accesso in Pronto Soccorso, e comunque prima della dimissione, attraverso una maggiore consapevolezza della patologia, dell'importanza dell'aderenza/persistenza terapeutica, dell'utilizzo dei dispositivi di monitoraggio continuo della glicemia autogestiti, della rilevazione di criteri di rischio per la progressione della patologia, e infine della prenotazione diretta dei successivi controlli. La reale presa in carico del paziente diabetico deve prevedere un percorso assistenziale multiprofessionale, multidisciplinare e talora interaziendale, predefinito e condiviso con tutti gli attori, compreso il paziente stesso, senza discontinuità, in un sistema a rete.

La frammentazione dell'assistenza è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi quali i pazienti con una condizione cronica, perché richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari. Senza un'adeguata integrazione delle cure, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni insoddisfatti utilizzando servizi eccessivi in modo sordinato.

Questo peggiora la loro esperienza, ma determina anche un costo per il sistema. Per i bisogni sanitari complessi a rischio di cure frammentate bisogna prevedere un'assistenza continua, coordinata e di alta qualità per tutta la vita di una persona, che miri a prevenire e gestire le complicanze croniche, migliorando la salute della popolazione e le esperienze dei pazienti, riducendo i costi pro capite dell'assistenza sanitaria e promuovendo l'equità sanitaria.

Il paziente non dovrebbe mai essere lasciato "solo" nel percorso assistenziale, prevedendo una gestione calendarizzata puntuale per la fase cronica della patologia e la reale/tempestiva presa in carico del paziente in caso di acuzie/subacuzie, anche con una gestione ospedaliera, ma

con il più rapido rientro nella rete territoriale. Tuttavia, affinché il PDTA specifico sia realmente efficiente nella gestione dei pazienti, è indispensabile il monitoraggio/verifica periodico dei risultati raggiunti con eventuale introduzione di miglioramenti innovativi nel percorso.

05

PRIME
CONCLUSIONI

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale IHPB

La prevalenza del diabete, come sappiamo, è in costante aumento: al di sotto dei 50 anni d'età è intorno al 3% e sale al 10% nelle fasce di vita successive. Anche se, come è emerso dalla survey, l'incidenza di accesso in pronto soccorso potrebbe sembrare contenuta, attestandosi a poco meno del 5%, ma va considerato che in oltre il 35% degli accessi viene posta per la prima volta la diagnosi di diabete, questo solleva il problema di come gestire la comunicazione con il paziente e di come quest'ultimo recepirà il messaggio prima di essere dimesso.

Tra le diverse cause di accesso al PS per un paziente diabetico illustrate dalla survey, è opportuno sottolineare che il piede diabetico rappresenta ancora una causa importante di accesso in pronto soccorso, dimostrando che il sistema di emergenza urgenza, evidentemente, diventa un ripiego nei casi in cui il problema del paziente non venga debitamente intercettato e gestito sul territorio, nonostante si debba anche ritenerlo sempre un ambiente assai controproducente per i pazienti fragili.

Un ulteriore elemento emerso dalla survey e meritevole di riflessione è rappresentato dall'ancora bassa quota di impiego dei nuovi farmaci. Le risposte al questionario hanno anche restituito l'impressione (da parte degli operatori) che, alla dimissione, i pazienti fossero meglio addestrati all'automonitoraggio, alla gestione della terapia insulinica e al riconoscimento dei segni precoci di scompenso glicemico: questo dato richiama l'attenzione all'importanza dell'engagement del paziente, che deve

essere istruito e sensibilizzato al riconoscimento dei segni precoci di scompenso glicemico e alla necessità di una dimissione strutturata dal pronto soccorso, ossia corredata di indicazioni per la gestione del successivo follow-up.

Tale approccio presuppone da un lato la formazione dei pazienti e dei caregiver in fase di accesso al pronto soccorso, e dall'altro la necessità di un sistema multiprofessionale e multidisciplinare, strutturato in percorsi individuali condivisi tra medico e paziente e in grado di assicurare a quest'ultimo la continuità assistenziale di cui necessita.

Un PDTA quindi che assicuri continuità assistenziale anche grazie alle nuove tecnologie ampliandone l'accesso e la rimborsabilità a popolazioni più ampie di pazienti come ad esempio i pazienti diabetici di tipo 2 in trattamento con insulina basale. Questo permetterebbe di prevenire l'arrivo in pronto soccorso, grazie alla riduzione del rischio di eventi acuti e complicanze croniche, in una popolazione ad alto rischio.

In questo quadro, così complesso e così foriero di seri problemi di sostenibilità organizzativa e finanziaria, va ripreso e sottolineato il contributo rilevante che può essere apportato dall'innovazione tecnologica e, in particolare, dai nuovi dispositivi che consentono il monitoraggio dei livelli glicemici con sensori, anche in remoto, secondo le logiche di una sempre più efficiente telemedicina.

In un contesto che cambia anche i paradigmi di gestione delle patologie, soprattutto quelle croniche, debbono cambiare, e questo è possibile attraverso quanto ci viene messo a disposizione dalla ricerca e dall'innovazione tecnologica.

06

FORUM DEGLI ESPERTI: PIÙ VOCI, PIÙ SOLUZIONI

PRIORITÀ E CARENZE ORGANIZZATIVE



**FEDERICO
SERRA**
*Capo Segreteria
tecnica
dell'Intergruppo
Parlamentare
Obesità, Diabete,
malattie croniche
non trasmissibili*

Le problematiche da affrontare nell'immediato futuro sono la necessità di trovare un equilibrio tra riforma organizzativa e sostegno economico, compito della politica, e la risoluzione tempestiva delle criticità strutturali e organizzative delle aree interne marginali, nelle quali si pone la necessità di strutturare un sistema delle emergenze sanitarie. Anche nel PNRR la prossimità è un tema di rilievo, ma è fondamentale sin d'ora promuovere un collegamento tra la dimensione sociale e quella sanitaria, in considerazione del fatto che tra i più bisognosi di prossimità rientrano molti individui fragili e anziani, che spesso necessitano di assistenza domiciliare. Un terzo elemento chiave è la digitalizzazione, intesa come strumento di connessione tra più sistemi assistenziali (sociale, clinico e del sistema delle emergenze): investire in digitalizzazione significa creare nuove piattaforme e gestire in modo integrato i dati dei vari pronti soccorso, elementi preziosi in quanto rappresentativi delle carenze e delle vulnerabilità createsi prima dell'accesso dei pazienti alle cure di emergenza. In questo scenario appare inoltre ineludibile il coinvolgimento di tutte le società scientifiche, sia nell'organizzazione dei percorsi di valutazione multidimensionale e di assistenza dell'anziano, sia nella partecipazione diretta alle scelte di politica sanitaria.



**GERARDO
MEDEA**
*Società italiana di
Medicina Generale
e delle Cure
Primarie, SIMG*

Il potenziamento organizzativo del territorio può certo migliorare la presa in carico, anche in modo proattivo, delle persone con diabete e potrebbe essere un importante elemento tra quelli necessari per ridurre gli accessi al PS. Ad essi contribuiscono molte cause non solo cliniche, ma anche sociali, culturali o inerenti il percorso di cura del paziente. Il SSN non investe adeguate risorse rispetto ai bisogni dell'assistenza territoriale le cui carenze organizzative, dunque, non dipendono dalla medicina generale. Quest'ultima con i migliaia di studi già capillarmente attivi in ogni parte del nostro Paese, se potenziati con attrezzature diagnostiche di 1° livello e in concerto con le case di comunità hub, messe in grado di erogare interventi sanitari di medio-alta complessità, possono fungere da potenti filtri verso gli accessi "evitabili" in PS. Per quanto riguarda la digitalizzazione, rispetto alla quale per strumenti e gestionali, la medicina generale italiana è una tra le più avanzate in Europa, ritengo che abbiamo già disponibili le infrastrutture necessarie per connettere studi medici, farmacie, comuni e istituzioni Sanitarie. Anche questo strumento contribuirà (per esempio grazie alla telemedicina) a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, e ridurre gli eventi critici possibile causa di accesso in PS. Il fascicolo sanitario già presente in molti Regioni, va migliorato in molti aspetti funzionali, e bisogna rivedere la normativa sulla privacy per consentire l'utilizzo e la circolazione protetta dei dati per favorire lo sviluppo di studi clinici di ricerca e favorire la migliore presa in carico del paziente.

ACQUISIZIONE DATI E PROBLEMATICHE IN PRONTO SOCCORSO



**ANDREA
LENZI**
*Presidente del
Collegio dei
Professori di
Endocrinologia;
Presidente
del comitato
Biosicurezza,
Biotecnologie*

*e Scienze della Vita della Presidenza
del Consiglio; Professore Ordinario di
Endocrinologia, Policlinico Umberto I, Roma*

Le scuole di specialità italiane rappresentano uno dei sistemi formativi più avanzati e i nostri specialisti sono apprezzati in tutto il mondo. Va però considerato che la medicina di emergenza e urgenza non può essere praticata continuativamente e per lungo tempo: per questo motivo l'impostazione della specializzazione deve essere rivista alla luce dell'attuale crisi vocazionale legata alle difficoltà della professione e alla "burnout syndrome" che spesso ne consegue. Soltanto con un ripensamento del sistema formativo delle scuole di specializzazione sarà possibile disporre di specialisti adeguatamente formati che consentiranno anche di evitare accessi inappropriati in pronto soccorso. Un secondo aspetto da sottolineare è la necessità di garantire la possibilità di un interscambio tra le specializzazioni affini.



**FRANCESCO
ROCCO
PUGLIESE**
*Direttore del
Dipartimento
di Emergenza,
Urgenza Roma
2, Direttore
UOC Medicina
e Chirurgia*

*d'Accettazione e d'Urgenza presso l'ospedale
Sandro Pertini, Roma*

A queste si aggiunge un'ulteriore considerazione: in pronto soccorso, spesso, il medico si trova nella difficoltà di reperire informazioni sul singolo paziente. Sarebbero sufficienti poche notizie essenziali estrapolate dal fascicolo sanitario elettronico, che per la sua struttura non è tuttavia funzionale a una consultazione rapida e immediata.



**PAOLO
URSILLO**
*Dirigente Uos
Reti Cliniche e
Monitoraggio
DM70, Agenas*

L'unico flusso di dati solido e affidabile a livello nazionale è quello delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) mentre altri come la medicina territoriale risentono di differenze e incompatibilità tra le Regioni con differenze nei codici di prestazione e impossibilità di interfaccia sistematica con le cartelle informatizzate: da qui i notevoli limiti e problemi di analisi dei dati, che permetterebbero non soltanto di monitorare indicatori epidemiologici e parametri clinici, ma anche di orientare in senso strategico le scelte sanitarie.

Un altro elemento di preoccupazione è il quadro che emerge dalle scuole di specializzazione in medicina di emergenza e urgenza: nel 2023 sono state assegnate soltanto il 30% borse, un dato anche peggiore del 50% dell'anno precedente. Le iscrizioni alla specialità di Medicina di emergenza e urgenza, d'altra parte, sono scoraggiate da alcuni fattori legati al pronto soccorso: la sicurezza con i numerosi episodi di aggressioni, espone il medico ad un elevato rischio di contenzioso, non è particolarmente attraente sotto il profilo remunerativo ed infine impone turni molto faticosi.

APPROCCIO AL PAZIENTE



MARIANGELA GHIANI

*Dirigente Medico
Endocrinologo
ASSL Cagliari,
U.O. Diabetologia
distretto Quartu-
Parteolla*

In diabetologia sono stati compiuti passi importanti dal punto di vista sia terapeutico che tecnologico, avanzamenti che oggi ci consentono di instaurare un'alleanza con il paziente, salvaguardando il suo benessere e allontanando lo spettro delle complicanze. Se opportunamente educato il paziente riesce a comprendere e apprezzare questo valore e quasi sempre a gestirsi in autonomia. Si verifica, invece, l'esatto contrario quando il paziente non è adeguatamente ingaggiato e inserito nella rete. I dati dimostrano, infatti, che i pazienti che sono seguiti da un centro diabetologico, il più delle volte, vengono trattati con farmaci e tecnologie moderne rispetto a quelli che non godono di tale assistenza. È tuttavia importante chiedersi se chi accede al pronto soccorso è sfuggito alle maglie della rete territoriale oppure non è controllato in maniera adeguata. In altre parole: occorre elaborare un identikit del paziente diabetico in PS che costituisca un database in grado di stabilire quando, come e dove il paziente è stato seguito. La vita del diabetico scorre sotto il segno della cronicità e gli educatori non devono mai dare nulla per scontato, ma adattare a lui (o al suo caregiver), di volta in volta, la terapia e la tecnologia.



LINA DELLE MONACHE

*Presidente
Federdiabete
Lazio*

Un paziente formato, coinvolto nel percorso di cura e responsabilizzato, riesce a gestire la propria malattia, mantenendo un buon compenso glicemico senza la necessità di ricorrere al pronto soccorso. Malgrado il costo elevato, i device sono costo-efficaci, credo sia necessario estenderne la prescrivibilità all'intera popolazione diabetica. Il sistema organizzativo potrebbe essere migliorato coinvolgendo i distretti sociosanitari con l'inclusione nel sistema anche di un rappresentante delle associazioni di pazienti, come prevede il DM 77.



RICCARDO CANDIDO

*Presidente
Nazionale AMD,
Professore
Associato di
Endocrinologia
Università degli
Studi di Trieste*

Dobbiamo ripensare l'organizzazione del territorio, proporre modelli di integrazione multiprofessionali e multidisciplinari, reperibilità specialistica a livello territoriale e di teleconsulto con la medicina generale. Un altro aspetto da considerare è quello sociale: la legge 115 risale a un momento in cui il mondo della diabetologia e della sanità era differente. Ora si impone, e l'impegno ricade anche sui professionisti, un cambiamento dei modelli organizzativi in grado di migliorare l'assetto generale, nella consapevolezza della carenza di risorse e del supporto determinante offerto dalla tecnologia che, tuttavia, per essere costo/efficace richiede un'opportuna formazione.

